

WISCONSIN FAMILY MEDICAID, BADGERCARE, AND FAMILY PLANNING WAIVER INSTRUCTIONS FOR APPLICATION AND REVIEW

ОБЗОР И ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЙ ДЛЯ ПРИЕМА В СЛЕДУЮЩИЕ ПРОГРАММЫ: WISCONSIN FAMILY MEDICAID, BADGERCARE И FAMILY PLANNING WAIVER

Эта форма заявления предназначена для использования семьями, у которых есть дети в возрасте до 19 лет и беременными женщинами, которые обращаются с просьбой о приеме в программы Wisconsin Medicaid или BadgerCare, а также незамужними женщинами в возрасте от 15 до 44 лет, которые обращаются с просьбой о приеме в программу Family Planning Waiver. Эта форма не предназначена для заполнения заявлений о приеме в программы food stamps, child care или W-2. Если Вы хотите записаться в эти программы помощи, Вы должны обратиться в Ваше местное агентство социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации или местное агентство W-2. Эти программы помогают людям или семьям оплатить расходы на питание, обеспечение ребенка или найти работу в рамках программы W-2.

Если Вы нуждаетесь в помощи при заполнении этого заявления или хотите получить ответы на свои вопросы лично или по телефону, обратитесь в Ваше местное агентство социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации. Для ответа на другие вопросы относительно программ Wisconsin Medicaid, BadgerCare, Family Planning Waiver или Food Stamps, пожалуйста звоните по телефону приемной службы: 1-800-362-3002. Информацию можно также получить на интернет-сайте Department of Health and Family Services по адресу:

<http://www.dhfs.wisconsin.gov/medicaid/>.

Если Вы нетрудоспособны и нуждаетесь в предоставлении Вам инструкций и заявления в альтернативном формате или их переводе на другой язык, пожалуйста, обратитесь в приемную службу по телефону: 1-800-362-3002 (бесплатно). Все услуги по переводу и переведенная информация бесплатны.

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЭТОЙ ФОРМОЙ

1. Полностью прочитайте эти инструкции и важную информацию до того, как заполнять заявление.
2. Пишите разборчиво печатными буквами. Используйте синие или черные чернила.
3. Заполните заявление полностью. Ответьте на все вопросы. Если заявление не заполнено полностью, это может повлечь за собой задержку в предоставлении льгот программ Medicaid, BadgerCare или Family Planning Waiver. Если Ваше заявление не заполнено полностью, Ваше агентство социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации обратится к Вам за дополнительной информацией.
4. Ничего не пишите в затемненных разделах формы.
5. Укажите данные о всех членах Вашей семьи. Если Вам требуется больше места, приложите дополнительный лист бумаги.
6. Если Вы беременны, пожалуйста, приложите к Вашему заявлению справку, датированную и подписанную Вашим врачом, или справку от другого специалиста в области здравоохранения, в которой говорится, что Вы беременны, указывается предположительная дата родов, а также пишется, ожидается ли рождение одного или нескольких детей.
7. Вы можете уполномочить Вашего представителя обратиться с заявлением от Вашего имени. Обратитесь в приемную службу по телефону: 1-800-362-3002, если Вы хотите, чтобы Вам выслали форму или зайдите на наш веб-сайт: <http://dhfs.wisconsin.gov/medicaid1/applications.htm>. Эта форма уполномочивает представителя заполнить и подписать за Вас заявление. Официальный попечитель, опекун или лицо на основании доверенности/долгосрочной доверенности может обратиться с заявлением о приеме подопечного лица в программу без дополнительного разрешения от этого лица.

КОДОВЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

Ниже приводятся коды, которые используются в разделе 2 заявления.

Семейное положение

Укажите в отведенном для этого месте тот код, который лучше всего соответствует семейному положению каждого из членов семьи.

| | | |
|----|---|--|
| A | = | брак аннулирован |
| D | = | разведен(а) |
| LS | = | легально оформленное раздельное проживание |
| M | = | женат/замужем |
| N | = | никогда не был(а) женат/замужем |
| S | = | холост |
| W | = | вдовец/вдова |

Раса / этническая принадлежность (эта информация необязательна, и она не будет использоваться при принятии решения о том, будут ли предоставляться услуги программ членам Вашей семьи).

| | | |
|---|---|---|
| A | = | азиат |
| B | = | черный |
| H | = | латиноамериканского происхождения |
| I | = | американский индеец/абориген Аляски |
| P | = | абориген Гавайских или Тихоокеанских островов |
| S | = | уроженец Юго-Восточной Азии |
| W | = | белый |

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Ниже приведена важная информация, касающаяся квалификационных условий участия в программах Wisconsin Medicaid, BadgerCare и Family Planning Waiver.

- Датой заявления является дата, когда заявление получено Вашим агентством социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации. В заявлении должны быть указаны, по крайней мере, Ваше имя, адрес, и поставлена подпись. Решение о том, можете ли Вы пользоваться услугами программ Medicaid, BadgerCare или Family Planning Waiver, будет Вам выслано в течение 30 дней, считая от даты Вашего заявления. Неподписанные заявления не будут рассматриваться и будут возвращены.

Важно обратиться с просьбой о приеме в программу как можно скорее. Если Вы соответствуете условиям участия в программе, то дата вступления в силу Ваших льгот будет зависеть от даты заявления. Если Вы соответствуете условиям участия в программе, Вы можете получить льготы программы Medicaid за период, не превышающий три месяца, предшествующие дате заявления, в том случае, если по этим месяцам собрана вся необходимая информация, и было решено, что Вы соответствуете условиям получения льгот за эти месяцы. Если Вы нуждаетесь в помощи при оплате (задним числом) услуг медицинского страхования за какой-то из предшествующих трех месяцев, убедитесь, что Вы отметили «Да» на тот вопрос заявления, где спрашивается об оплате «задним числом», и заполните форму Request for Medicaid Backdating (Просьба об оплате программой Медикейд услуг задним числом, HCF 10100B) из этого пакета.

Оплата «задним числом» не производится в программах BadgerCare или Family Planning Waiver. Начать получать льготы этих программ можно не раньше первого числа того месяца, когда Вы подали заявление.

- Информацию о Ваших правах и обязанностях Вы можете узнать из брошюры *Wisconsin Medicaid Program – Eligibility and Benefits (Программа Медикейд штата Висконсин - Условия участия и льготы, PHS 10025)*. Если у Вас нет этой брошюры, Вы можете ее получить в Вашем местном департаменте социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации или позвонить в приемную службу по телефону: 1-800-362-3002. Если у Вас есть вопросы по поводу Ваших прав и обязанностей, свяжитесь с Вашим местным агентством социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации или позвоните в приемную службу программы Medicaid по телефону: 1-800-362-3002.
- Если будет принято решение о предоставлении Вам услуг программ Medicaid, BadgerCare или Family Planning Waiver, Вы должны будете проходить пересмотр раз в 12 месяцев, для того, чтобы определить, соответствуете ли Вы все еще условиям получения льгот.

ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Согласно разделу 49.45 (4) Статута Висконсина, персональная идентификационная информация должна быть

конфиденциальной (не разглашаться), и может использоваться программами Medicaid, BadgerCare и Family Planning Waiver только в административных целях.

SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ)

Если к кому-то из членов Вашей семьи не относится просьба о получении услуг программ Medicaid, BadgerCare или Family Planning Waiver, то Вы не обязаны указывать SSN этого лица. Указание SSN или обращение с просьбой о его получении является добровольным; однако, лицо, желающее получить льготы программ Wisconsin Medicaid, BadgerCare или Family Planning Waiver, но не желающее указывать SSN или обращаться с просьбой о его получении, не будет, согласно разделу 49.82(2) Статуты Висконсина, соответствовать условиям, необходимым для получения льгот.

Если Вы, из-за Вашего иммиграционного статуса, подаете заявление только на получение экстренной помощи, то Вы не обязаны указывать свой SSN.

Информация об SSN будет использоваться программами Medicaid, BadgerCare и Family Planning Waiver в административных целях. Ваш SSN позволяет сверить по компьютеру Вашу информацию с правительственными агентствами, такими как Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration (SSA) и Department of Workforce Development. Кроме того, департамент сравнит Ваше имя и SSN с информацией, предоставленной компаниями по страхованию здоровья, для того, чтобы выяснить, есть ли у Вас другие виды страховки здоровья.

Ваш SSN не будут передаваться United States Citizenship and Immigration Services (USCIS).

СООБЩАТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Сообщать в агентство **в течение 10 дней**:

- О любых изменениях **дохода** любого из членов Вашей семьи, а также
- О любых других изменениях данных в Вашем заявлении, которые требуется указывать в форме Medicaid Change Report (Сообщение об изменении данных, предоставляемых программе Медикейд).
- Программе Family Planning Waiver требуется сообщать в течение 10 дней только об изменениях места жительства.

Об изменениях можно сообщить, используя форму Medicaid Change Report (Сообщение об изменении данных, предоставляемых программе Медикейд, HCF 10137), которая находится среди пакета бумаг этого заявления.

ГРАЖДАНСТВО

Все лица, проживающие в Вашем доме, и подающие заявление на получение помощи, должны быть гражданами США или обладать соответствующим иммиграционным статусом. Иммиграционный статус любого лица Вашей семьи, подающего заявление на получение льгот, будет проверен через United States Citizenship and Immigration Services (USCIS). Информация из USCIS может повлиять на возможность получения Вашей семьей льгот и на сумму льгот. Иммиграционный статус не будет проверяться через USCIS у тех членов Вашей семьи, которые не обращаются за получением помощи.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПО ВОПРОСУ АЛИМЕНТОВ НА РЕБЕНКА

Вы должны взаимодействовать с Child Support Agency по вопросу установления отцовства, помогая найти отсутствующих родителей, официально указывая отсутствующего родителя и/или обеспечивая выполнение ордеров на алименты на ребенка, если Вы в каких-то случаях обращаетесь в программы Medicaid, BadgerCare или Family Planning Waiver за помощью для ребенка с отсутствующим родителем. Не взаимодействие с Child Support Agency без уважительной на то причины может привести к прекращению предоставления льгот или их сокращению для совершеннолетних, не беременных, лиц.

ДРУГИЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Одним из условий получения льгот программ Medicaid и BadgerCare является то, что Вы должны сообщать агентству о любых других организациях (третьей стороне), которые могут быть обязаны оплачивать медицинские услуги, оказываемые Вам или Вашей семье. Вы должны предоставить всю требуемую информацию. Это также относится к страховкам, которые могут быть получены через отсутствующего родителя или через групповое страхование здоровья, предоставляемое работодателем.

ВОЗМЕЩЕНИЕ СТОИМОСТИ УСЛУГ ПРОГРАММЫ MEDICAID

Закон штата Висконсин обеспечивает возмещение стоимости определенных льгот, полученных от программ Medicaid и BadgerCare, которые были Вами получены по ошибке. Закон также обеспечивает возмещение стоимости определенных льгот программы Medicaid, которые Вы получили после того, как Вам исполнилось 55 лет, а также стоимость всех льгот, которые были Вами получены во время Вашего нахождения в доме престарелых, или во время нахождения в госпитале в течение 30 дней или более. При определенных обстоятельствах на Ваш дом может быть наложен арест для оплаты льгот, которые были Вами получены во время Вашего пребывания в доме престарелых, если Ваше возвращение домой маловероятно, а Ваш супруг(а) (или несовершеннолетний(я)/нетрудоспособный(ая) сын или дочь) не проживают в доме.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Ваша подпись на заявлении означает, что Вы понимаете и признаете, что агентство социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации, агентство W-2 и Department of Health and Family Services имеют право запрашивать любую дополнительную информацию, разрешенную законом Висконсина, необходимую для должного администрирования программ Medicaid, BadgerCare и Family Planning Waiver. Любые лица, включая финансовые учреждения, агентства по учету кредитных операций или образовательные учреждения, имеют право предоставлять эту информацию, если только доступ к ней не запрещен или не ограничен по закону.

FAIR HEARING (БЕСПРИСТРАСТНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО)

Вы имеете право опротестовать любые предпринятые действия, с которыми Вы не согласны, касающиеся Вашего заявления на прием в программы Medicaid, BadgerCare или Family Planning Waiver, или текущих льгот, потребовав Fair Hearing. Вы можете потребовать Fair Hearing, написав по следующему адресу:

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

или позвонив по телефону: (608) 266-7709

Форму Request for Fair Hearing (Просьба о беспристрастном разбирательстве) можно также найти на веб-сайте Division of Hearings and Appeals: <http://dha.state.wi.us/home/>.

Вы также можете обратиться в офис, в который Вы подали заявление и попросить помощи при заполнении просьбы о Fair Hearing. Вы также можете получить дополнительную информацию о процессе fair hearing в брошюре *Wisconsin Medicaid Program – Eligibility and Benefits (Программа Медикаейд штата Висконсин - Условия участия и льготы, PHS 10025)* или в своем Notice of Decision (Уведомлении о решении).

Department of Health and Family Services (DHFS) является работодателем и сервис-провайдером, который предоставляет всем равные условия. По вопросам о гражданских правах, звоните (608) 266-3465 (телефон) или (608) 266-2555 (телетайп).

Чтобы подать жалобу о дискриминации, обратитесь по адресу:

- Wisconsin Department of Health and Family Services (DHFS)
Affirmative Action and Civil Rights Compliance Office
1 W. Wilson, Room 555
Madison, WI 53707-7850

Телефон: (608) 266-9372; (608) 266-5555 (телетайп)
Факс: (608) 267-2147

или

- U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights – Region V
233 N. Michigan Avenue
Suite 240
Chicago, IL 60601

Телефон: (312) 886-5077 или (312) 353-5693 (телетайп)

КОНТРОЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ

- Заполнено ли заявление полностью?
- Если Вы не являетесь гражданином США, приложили ли Вы копию обеих сторон Ваших документов об иммиграционном статусе?
- Если Вы беременны, приложили ли Вы к Вашему заявлению справку, подписанную и датированную Вашим врачом, или справку от другого специалиста здравоохранения, в которой говорится, что Вы беременны, и указывается предполагаемая дата родов?

- Прочитали ли Вы раздел «Права и обязанности»?
- Подписали ли Вы форму заявления и поставили ли дату ?
- Если Вы действуете от имени заявителя, приложили ли Вы форму Authorized Representative (Полномочного представителя)?
- Приложили ли Вы Request for Medicaid Backdating (Просьбу об оплате программой Медикейд услуг задним числом), если Вы просите, чтобы Ваши расходы на услуги были покрыты задним числом?
- Сохранили ли Вы инструкции и важную информацию (страницы с 1 по 4) и Medicaid Change Report (Сообщение об изменении данных, предоставляемых программе Медикейд, HCF 10137), для дальнейшего использования?

Пошлите заполненное заявление в Ваш местный департамент социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации, агентство W-2, или представительство Medicaid Вашего округа. Адреса агентств округов/резерваций могут быть найдены по адресу:

<http://www.dhfs.wisconsin.gov/Medicaid1/contacts/recipient-contacts.htm> или Вы можете позвонить в приемную службу по телефону:

1-800-362-3002. Сохраните инструкции и важную информацию (страницы с 1 по 4) и Medicaid Change Report (Сообщение об изменении данных, предоставляемых программе Медикейд, HCF 10137), для дальнейшего использования.

ИНФОРМАЦИЯ О ДРУГИХ ПРОГРАММАХ

Если Вы хотите узнать об программах для ветеранов, позвоните по телефону 1-800-947-8347 (WIS-VETS) или обратитесь к сотруднику Veteran Service Вашего округа.

Для информации о Women, Infants, and Children (WIC) Nutrition Program (Программе питания для младенцев, женщин и детей), позвоните: 1-800-722-2295.

Для информации об услугах для женщин, детей и семей, позвоните по телефону Горячей Линии Wisconsin Maternal Child Health (Программы здоровья матери и ребенка в штате Висконсин): 1-800-722-2295

WISCONSIN FAMILY MEDICAID, BADGERCARE, AND FAMILY PLANNING WAIVER APPLICATION

ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПРИЕМА В ПРОГРАММЫ WISCONSIN FAMILY MEDICAID, BADGERCARE и FAMILY PLANNING WAIVER

Используйте синие или черные чернила. Ничего не пишите в затемненных разделах формы. Если требуется больше места, используйте дополнительный лист бумаги. Пишите все даты в формате ММ/ДД/ГГ (например 04/02/58).

РАЗДЕЛ 1 – ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ

Нуждается ли Вы в помощи при оплате медицинских услуг, полученных за какой-либо из трех последних месяцев одним из членов Вашей семьи?

Да Нет Если Вы ответили «Да», заполните форму Request for Medicaid Backdating (Просьба об оплате программой Медикейд услуг задним числом, HCF 10100B), которую Вы можете найти среди пакета бумаг этого заявления.

Есть ли в Вашей семье слепые, нетрудоспособные или недееспособные? Да Нет

Отметьте язык, на котором Вы хотите, чтобы были напечатаны Ваши уведомления. Английский Испанский

На каком языке говорят в Вашем доме?

| | |
|-------------|---------------|
| Case Number | Date Received |
|-------------|---------------|

Нижеследующий раздел должен быть заполнен сведениями о лице, которое подает заявление об оказании помощи.

| | |
|---|--------------------------------------|
| Имя обращающегося лица (Фамилия, Имя, Отчество) | Телефон (включая междугородний код) |
|---|--------------------------------------|

| | |
|------------------------------------|--|
| Адрес (улица, город, штат, индекс) | Почтовый адрес, только если он отличен от адреса проживания. |
|------------------------------------|--|

Укажите фамилии и имена детей в возрасте до 18 лет, которые не посещают школу регулярно.

РАЗДЕЛ 2 – ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Укажите имена и другие требуемые данные для лиц, проживающих в Вашем доме (пример: Ваши, Вашего(ей) супруга(и), Вашего отца, матери, детей, приемных детей, и т.п.). Коды семейного положения и этнической/расовой принадлежности смотрите на странице 1 пакета бумаг этого заявления.

Указание Social Security Number (SSN) или обращение с просьбой о его получении является добровольным; однако, лицо, желающее получить льготы программ Wisconsin Medicaid, BadgerCare или Family Planning Waiver, но не желающее указывать свой SSN или обращаться с просьбой о его получении, не будет, согласно разделу 49.82(2) Статуты Висконсина, соответствовать условиям, необходимым для получения льгот.

| | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--------------------------------|---|--|
| Имя (Фамилия, Имя, Отчество) | | Подано заявление на участие в программах Medicaid или BadgerCare <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Подано заявление на участие в программе Family Planning Waiver <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Social Security Number (Только для тех, кто обращается с заявлением на участие в программе) | |
| Дата рождения (ММ/ДД/ГГ) | Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж | Код семейного положения | Гражданство США (Только для тех, кто обращается с заявлением на участие в программе) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Код расовой или этнической принадлежности (необязательно) | Родственная связь с просителем | *Было ли установлено отцовство? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | |

| | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--------------------------------|---|--|
| Имя (Фамилия, Имя, Отчество) | | Подано заявление на участие в программах Medicaid или BadgerCare <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Подано заявление на участие в программе Family Planning Waiver <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Social Security Number (Только для тех, кто обращается с заявлением на участие в программе) | |
| Дата рождения (ММ/ДД/ГГ) | Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж | Код семейного положения | Гражданство США (Только для тех, кто обращается с заявлением на участие в программе) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Код расовой или этнической принадлежности (необязательно) | Родственная связь с просителем | *Было ли установлено отцовство? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | |

| | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--------------------------------|---|--|
| Имя (Фамилия, Имя, Отчество) | | Подано заявление на участие в программах Medicaid или BadgerCare <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Подано заявление на участие в программе Family Planning Waiver <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Social Security Number (Только для тех, кто обращается с заявлением на участие в программе) | |
| Дата рождения (ММ/ДД/ГГ) | Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж | Код семейного положения | Гражданство США (Только для тех, кто обращается с заявлением на участие в программе) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Код расовой или этнической принадлежности (необязательно) | Родственная связь с просителем | *Было ли установлено отцовство? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | |

| | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--------------------------------|---|--|
| Имя (Фамилия, Имя, Отчество) | | Подано заявление на участие в программах Medicaid или BadgerCare <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Подано заявление на участие в программе Family Planning Waiver <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Social Security Number (Только для тех, кто обращается с заявлением на участие в программе) | |
| Дата рождения (ММ/ДД/ГГ) | Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж | Код семейного положения | Гражданство США (Только для тех, кто обращается с заявлением на участие в программе) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Код расовой или этнической принадлежности (необязательно) | Родственная связь с просителем | *Было ли установлено отцовство? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | |

*Заполнить, только если родители ребенка не состояли в браке во время рождения ребенка. Отметьте «Да», если отцовство было установлено через суд, «Нет», если не было установлено.

РАЗДЕЛ 3 – ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТСУТСТВУЮЩЕМ РОДИТЕЛЕ

Если по какой-то причине Вы не хотите предоставлять информацию по отсутствующему родителю, оставьте этот раздел пустым. Ваше местное агентство социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации свяжется с Вами для получения дополнительной информации. Если Вы являетесь женщиной в возрасте от 15 до 18 лет и обращаетесь с просьбой о получении услуг только программы Family Planning Waiver, и только в отношении себя самой, оставьте этот раздел пустым.

Есть ли у кого-то из детей (включая нерожденных детей) биологические или приемные отец или мать, не живущие в доме?

Да Нет

| | |
|---|--|
| Как зовут отсутствующего родителя? (Фамилия, Имя, Отчество) | Как зовут ребенка? Напишите «не рожден», если ребенок еще не родился.) |
| | |
| | |

РАЗДЕЛ 4 – ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Работаете ли Вы или кто-то из членов Вашей семьи? Да Нет

Является ли кто-нибудь из нижеперечисленных миграционным работником? Да Нет

Укажите нижеприведенные данные для каждого члена Вашей семьи, который работает (включая Вас).

| | |
|---|--|
| Имя работающего (Фамилия, Имя, Отчество) | Имя, адрес и телефонный номер работодателя |
| Дата приема на работу (ММ/ДД/ГГ) | |
| Валовый месячный заработок в этом месяце (до налогов и других вычетов) | |
| Валовый месячный заработок в следующем месяце (до налогов и других вычетов) | |

| | |
|---|--|
| Имя работающего (Фамилия, Имя, Отчество) | Имя, адрес и телефонный номер работодателя |
| Дата приема на работу (ММ/ДД/ГГ) | |
| Валовый месячный заработок в этом месяце (до налогов и других вычетов) | |
| Валовый месячный заработок в следующем месяце (до налогов и других вычетов) | |

РАЗДЕЛ 5 – САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ЗАНЯТОСТЬ

Являетесь ли Вы или кто-то из членов Вашей семьи самостоятельно занятым лицом, работающим на себя? Да Нет

Если вы ответили «Да», заполните оставшуюся часть раздела. Перечислите суммы, которые Вы указывали для IRS в своей налоговой форме. Если Вы не заполняли налоговых форм за прошлый год, оставьте пустыми поля, отведенные для сумм чистого годового дохода и амортизации. Если Вы оставите эти поля пустыми, Ваше местное агентство социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации свяжется с Вами для получения дополнительной информации.

| | |
|---|--------------------------|
| Имя самостоятельно занятого лица (Фамилия, Имя, Отчество) | Название и адрес бизнеса |
| Чистый годовой доход \$ | |
| Заявленная сумма амортизации \$ | |
| Укажите сумму чистого годового дохода (до налогов и вычетов), которую Вы ожидаете получить в этом году \$ | Тип бизнеса |

| | |
|---|--------------------------|
| Имя самостоятельно занятого лица (Фамилия, Имя, Отчество) | Название и адрес бизнеса |
| Чистый годовой доход \$ | |
| Заявленная сумма амортизации \$ | |
| Укажите сумму чистого годового дохода (до налогов и вычетов), которую Вы ожидаете получить в этом году \$ | Тип бизнеса |

РАЗДЕЛ 6 – ДОХОД, НЕ СВЯЗАННЫЙ С ОСНОВНОЙ РАБОЧЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Типами дохода, не связанного с основной деятельностью, являются: Social Security / Supplemental Security Income (SSI), пособие на ребенка / алименты, компенсация работника / компенсация по безработице, оплата по болезни / нетрудоспособности, проценты или дивиденды, ветеранские льготы, и т.п.

Получает ли кто-нибудь из членов Вашей семьи доход, не связанный с основной деятельностью? Да Нет

Если Вы ответили «Да», заполните поля в оставшейся части раздела на каждого члена Вашей семьи, получающего доход, не связанный с основной деятельностью.

| Вид дохода | Имя (Фамилия, Имя, Отчество) | Валовая сумма месячного дохода |
|------------|------------------------------|--------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

РАЗДЕЛ 7 - СТРАХОВАНИЕ

Имели ли Вы (или кто-то из работающих членов Вашей семьи), в текущем месяце или в последние 18 месяцев, возможность подписаться на какой-то вид семейного страхования одной из основных медицинских страховок, предоставляемых через работодателя, за которую работодатель внес, как минимум, 80% страхового взноса?

Да Нет Если «Да», кто из членов семьи мог быть застрахован этой медицинской страховкой?

Имена членов семьи:

Есть ли у кого-нибудь из вас медицинское страхование / страхование здоровья на данный момент или было ли оно в три предыдущих месяца? Да Нет

Если вы ответили «Да», заполните оставшуюся часть этого раздела.

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Название и адрес страховой компании | Имя держателя страхового полиса | |
| | Номер полиса | |
| | Дата вступления полиса в действие | Дата завершения действия полиса |
| | Кто застрахован под этим полисом? | |

РАЗДЕЛ 8 – УХОД ЗА РЕБЕНКОМ

Платит ли кто-нибудь из членов семьи за уход за детьми или взрослыми, чтобы иметь возможность работать, искать работу, посещать учебное заведение или получать обучение? Да Нет

Если Вы ответили «Да», заполните поля в оставшейся части раздела на каждого члена Вашей семьи, который платит за уход.

| | | |
|---|--|------------------|
| Имя лица, которое платит за уход (за ребенком или взрослым) | Кому обеспечивается уход? | |
| Имя лица, предоставляющего услуги по уходу | Проживает ли это лицо в Вашем доме? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Сумма в месяц \$ |

РАЗДЕЛ 9 – ПОСОБИЕ НА РЕБЕНКА

Выплачивает ли кто-нибудь алименты? Да Нет

Если Вы ответили «Да», заполните поля в оставшейся части раздела на каждого члена Вашей семьи, который платит алименты.

| | | |
|---------------------------|------------------------|------------------|
| Кто выплачивает алименты? | Кто получает алименты? | Сумма в месяц \$ |
| | | |

РАЗДЕЛ 10 - БЕРЕМЕННОСТЬ

Беременны ли кто-нибудь из членов Вашей семьи? Да Нет

Если Вы ответили «Да», заполните поля в оставшейся части раздела на каждую беременную женщину Вашей семьи. Вы должны будете предоставить в Ваше местное агентство социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации справку от медицинского специалиста, подтверждающую Вашу беременность и предполагаемую дату родов.

WISCONSIN FAMILY MEDICAID / BADGERCARE APPLICATION

HCF 10100R (Rev. 04/04)

| | | | |
|-------------------------------|------------|--|-----------------------|
| Как зовут беременную женщину? | Дата родов | Ожидаются ли роды более одного ребенка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Число ожидаемых детей |
| | | | |

РАЗДЕЛ 11 – ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Ваша подпись на заявлении означает, что Вы понимаете и признаете, что агентство социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации и Department of Health and Family Services имеют право запрашивать любую дополнительную информацию, разрешенную законом Висконсина, необходимую для должного администрирования программ Medicaid, BadgerCare и Family Planning Waiver.

Вы имеете право обжаловать любые предпринятые действия, с которыми Вы не согласны, касающиеся Вашего заявления на прием в программы Medicaid, BadgerCare или Family Planning Waiver, или текущих льгот, потребовав Fair Hearing. Вы можете потребовать Fair Hearing, написав по следующему адресу :

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

Или позвонив по телефону: (608) 266-7709

Форму Request for Fair Hearing (Просьба о беспристрастном разбирательстве) можно также найти на веб-сайте Division of Hearings and Appeals: <http://dha.state.wi.us/home/>.

Вы также можете обратиться в офис, в котором Вы подавали заявление и попросить о помощи при заполнении формы Fair Hearing. Вы также можете получить дополнительную информацию о процессе fair hearing в брошюре *Wisconsin Medicaid Program – Eligibility and Benefits (Программа Медикейд штата Висконсин - Условия участия и льготы, PHC 10025)* или в своем Notice of Decision (Уведомлении о решении).

Department of Health and Family Services (DHFS) является работодателем и сервис-провайдером, который предоставляет всем равные условия. По вопросам о гражданских правах, звоните (608) 266-3465 (телефон) или (608) 266-2555 (телетайп).

Чтобы подать жалобу о дискриминации, обратитесь в:

Wisconsin Department of Health and Family Services (DHFS)
Affirmative Action and Civil Rights Compliance Office
1 W. Wilson, Room 555
Madison, WI 53707-7850

Телефон: (608) 266-9372; (608) 266-5555 (телетайп).
Факс: (608) 267-2147

ИЛИ

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights – Region V
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601

Телефон: (312) 886-5077 или (312) 353-5693 (телетайп)

Я прочитал свои права и обязанности и понимаю вопросы и положения, представленные на форме этого заявления. Я понимаю, какие наказания могу понести за предоставление ложной информации или нарушение правил. Я удостоверяю, под страхом наказания за лжесвидетельство, что все мои ответы правильны и полны, насколько я это знаю, включая предоставленную информацию о гражданстве каждого члена семьи, обращающегося за льготами. Я понимаю эти требования и согласен предоставить документы, подтверждающие то, что я сказал. Я понимаю, что агентство может обратиться к другим лицам или организациям для получения необходимого доказательства возможности моего участия в программе и определения уровня льгот.

ПОДПИСЬ – Заявитель или Полномочный представитель

Дата подписания

REQUEST FOR MEDICAID BACKDATED COVERAGE
ПРОСЬБА ОБ ОПЛАТЕ ПРОГРАММОЙ MEDICAID УСЛУГ ЗАДНИМ ЧИСЛОМ

Если Вас признали соответствующим условиям участия в программе Medicaid, Вы можете получить льготы программы Medicaid за период, не превышающий три месяца, предшествующие дате заявления, в том случае, если по этим месяцам собрана вся необходимая информация, и было решено, что Вы соответствуете условиям получения льгот за эти месяцы. Если Вы нуждаетесь в помощи при оплате услуг медицинского страхования за какой-то из предшествующих трех месяцев (покрытие задним числом), убедитесь, что Вы заполнили форму и отметили «Да» на тот вопрос заявления, где спрашивается об оплате «задним числом».

Если имеются различия в обстоятельствах каких-то из трех месяцев, предшествующих месяцу подачи Вашего заявления, укажите ниже эти различия для каждого из месяцев, за которые Вы просите оплатить Ваши расходы задним числом. Различаться могут: адрес, состав семьи, доход, имущество (только, если возраст кого-то из членов Вашей семьи составляет 65 лет или больше, или кто-то является слепым или нетрудоспособным), машины, страховка.

Месяцем 1 будет самый ранний месяц, условиям покрытия расходов за который Вы можете соответствовать. Например, рассмотрим случай, когда Вы подали заявление в июне. Июнь будет Вашим месяцем подачи заявления. Вам выставлены медицинские счета за март, и Вы хотите получить оплату расходов за март задним числом. Март является месяцем номер 1, апрель – месяцем номер 2, а май – месяцем номер 3. Заполните ответы на нижеприведенные вопросы для каждого месяца, за который Вам выставили счета за медицинские услуги, если Вы хотите получить задним числом покрытие расходов за эти услуги.

1-й месяц

Просите ли Вы о покрытии задним числом расходов на услуги за этот месяц? Да Нет

Отличаются ли чем-то данные этого месяца (из тех, которые Вы указывали в заявлении) от данных месяца подачи заявления? Да Нет Если «Да», опишите изменения.

2-й месяц

Просите ли Вы о покрытии задним числом расходов на услуги за этот месяц? Да Нет

Отличаются ли чем-то данные этого месяца (из тех, которые Вы указывали в заявлении) от данных месяца подачи заявления? Да Нет Если «Да», опишите изменения.

3-й месяц

Просите ли Вы о покрытии задним числом расходов на услуги за этот месяц? Да Нет

Отличаются ли чем-то данные этого месяца (из тех, которые Вы указывали в заявлении) от данных месяца подачи заявления? Да Нет Если «Да», опишите изменения.

ПОДПИСЬ - Проситель

Дата подписания

MEDICAID CHANGE REPORT ФОРМА ДЛЯ СООБЩЕНИЯ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ПРОГРАММУ MEDICAID

Если Вы пользуетесь услугами программы Medicaid, Вы должны в течение десяти дней сообщать о любых изменениях адреса, дохода, статуса занятости (для тех кому 65 или старше, слепой или инвалид) изменениях в составе членов Вашей семьи (если кто-то въезжает в Ваш дом или выезжает из него, вступает в брак, является беременным или родил ребенка). Если произошло какое-либо из вышеуказанных изменений, заполните данную форму и пошлите ее или принесите ее в офис по адресу, указанному ниже, или сообщите об этих изменениях сотруднику офиса, лично или по телефону. Если данная форма не предоставляет достаточно места для того, чтобы указать детали происшедших изменений, прикрепите к ней лист с написанной на нем дополнительной информацией.

(Адрес окружного агентства)

| | | |
|----------|------------|----------------|
| Ваше имя | Номер дела | Имя сотрудника |
|----------|------------|----------------|

Если Вы намеренно не сообщите о любых из вышеуказанных изменений или предоставите ложную информацию, Вы можете быть оштрафованы, Вас могут заставить выплатить сумму незаслуженно полученных от программы Medicaid льгот, Вы можете быть подвергнуты судебному преследованию, или всем трем процедурам одновременно. Вас могут попросить предоставить доказательства, подтверждающие факт изменения, о котором Вы сообщили.

РАЗДЕЛ 1 – ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕСА

Если Вы переехали, Вы должны сообщить свой новый адрес.

| | |
|--|----------------------|
| Дата изменения | Новый номер телефона |
| Новый адрес (улица, город, штат, индекс) | |

РАЗДЕЛ 2 – ИЗМЕНЕНИЕ В СОСТАВЕ СЕМЬИ

Вы должны сообщить, если кто-то въезжает в Ваш дом или выезжает из него, заключает брак, является беременным или родил ребенка (включая информацию о матери новорожденного и самом ребенке).

| | | |
|------------------------------------|----------------|------------------------|
| Имя/имена (Фамилия, Имя, Отчество) | Дата изменения | |
| Social Security Number (SSN)* | Дата рождения | Родство с главой семьи |

Опишите, изменения

*Указание SSN или обращение с просьбой о его получении является добровольным; однако, лицо, желающее получить льготы программы Medicaid в штате Висконсин, но не указавшее SSN или не обратившееся с просьбой о его получении, не будет, согласно разделу 49.82(2) Статутов Висконсина, соответствовать условиям, необходимым для получения льгот.

РАЗДЕЛ 3 – ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ДОХОДА

Вы должны сообщить об изменении суммы Вашего валового дохода, о появлении нового источника дохода, об изменении статуса занятости (перевод с работы с неполным рабочим днем на работу с полным рабочим днем или с работы с полным рабочим днем на работу с неполным рабочим днем, или потеря работы), изменение в заработной плате или ставке, в сумме Social Security, в ветеранских льготах, в пособии по безработице, в компенсации для работника, или любые другие изменения в получаемых Вами денежных суммах.

| | | |
|------------------------------|------------------------------|----------------|
| Имя (Фамилия, Имя, Отчество) | Дата изменения уровня дохода | |
| Источник дохода | Сумма в месяц | Частота выплат |

РАЗДЕЛ 4 – ИЗМЕНЕНИЕ В ИМУЩЕСТВЕ

Престарелые, слепые и инвалиды должны сообщать об изменениях в имеющейся наличности, сумм на банковских счетах, сумм облигаций, акций, о приобретении/продаже машины, и об изменениях в других видах имущества.

| | | |
|--|--|----------------|
| Имя владельца (Фамилия, Имя, Отчество) | | Дата изменения |
|--|--|----------------|

| | | |
|---------------|--------------------|------------------------------|
| Вид имущества | Опишите, изменения | Новая стоимость или сумма \$ |
|---------------|--------------------|------------------------------|

| | | |
|--|--|----------------|
| Имя владельца (Фамилия, Имя, Отчество) | | Дата изменения |
|--|--|----------------|

| | | |
|---------------|--------------------|------------------------------|
| Вид имущества | Опишите, изменения | Новая стоимость или сумма \$ |
|---------------|--------------------|------------------------------|

РАЗДЕЛ 5 – ИЗМЕНЕНИЕ В СИТУАЦИИ ВЛАДЕНИЯ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ

Сообщите, если Вы приобрели, продали или отдали легковой автомобиль, грузовик, мотоцикл, лодку, автосани, прицеп на колесах или другой вид транспортного средства.

| | | |
|--|--|----------------|
| Имя владельца (Фамилия, Имя, Отчество) | | Дата изменения |
|--|--|----------------|

| Вид транспортного средства | Марка | Модель | Год выпуска | Полученная сумма \$ | Опишите происшедшее изменение (куплено, продано, и т.п.) |
|----------------------------|-------|--------|-------------|---------------------|--|
| | | | | | |

РАЗДЕЛ 6 – ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Сообщайте о других изменениях, которые, как Вы считаете, могут повлиять на возможность получения Вами услуг программы Medicaid. Примерами таких изменений является ситуация, когда кто-то из членов Вашей семьи получил медицинскую страховку или перестал ее получать, или когда кто-то из членов Вашей семьи стал инвалидом, или вылечился от ивальнойности. Укажите дату подобных изменений

Опишите происшедшее изменение

Ожидаете ли Вы, что изменения, о которых Вы сообщаете на данной форме, останутся в таком же состоянии в следующем месяце?
 Да Нет

Если «Нет», объясните.

РАЗДЕЛ 7 – ПОДПИСЬ

Я понимаю, что за сокрытие или предоставление ложной информации предусмотрено наказание. Я также понимаю, что меня могут заставить выплатить суммы любых льгот, полученных мной вследствие того, что я не сообщил об изменении некоторых своих обстоятельств. Я согласен предоставить доказательство любых изменений, если меня об этом попросят. Мои ответы, представленные на этой форме, являются правдивыми и полными настолько, насколько мне об этом известно.

| | | |
|--------------------|--------------|---------|
| ПОДПИСЬ – Участник | Дата подписи | Телефон |
|--------------------|--------------|---------|

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE FILE